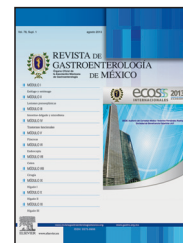




REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ENDOSCOPIA

Enteroscopia

Enteroscopy

J. M. Blancas-Valencia

Jefe del Servicio de Endoscopia. Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social

Recibido el 9 de junio de 2013; aceptado el 15 de junio de 2013

Introducción

Esta revisión está basada en el Congreso de la Semana Americana de Enfermedades Digestivas del 2013, en la cual se presentaron 5.465 trabajos de los cuales 55 fueron de enteroscopia profunda (EP), además de varias conferencias magistrales. En esta revisión para la definición de los conocimientos actuales se tomó como base la presentación realizada por Ross¹ en el curso de posgrado de endoscopia y para las aportaciones novedosas se tomaron en cuenta los 55 trabajos presentados, en donde los temas más recurrentes fueron la utilidad y eficacia del método en hemorragia de intestino medio (10 trabajos) algunos comparados con la cápsula endoscópica (CE), la utilidad para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedad de Crohn (5 trabajos), en anatomía modificada por cirugía para la realización de CPRE (4 trabajos), aspectos relacionados con la enseñanza (2 trabajos), un meta-análisis de enteroscopia de doble balón (EDB) vs. enteroscopia con monobalón (EMB), enteroscopia en espiral (EE) 2 trabajos y otros diversos temas.

Ross¹ enumeró las ventajas de la EP en los pacientes con hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (HGGO), estableció que la principal ventaja es su aplicación terapéutica

y algunas de las desventajas del procedimiento son: que consume tiempo, es invasivo, existe riesgo de perforación, requiere anestesia, difícil en paciente con adherencias y está limitado por la anatomía del paciente, además de que requiere personal adicional y en la actualidad es mal remunerado. Por otra parte, estableció la utilidad clínica recabada de la recopilación de 66 manuscritos en extenso publicados en un periodo de 10 años, en donde se reporta un rendimiento diagnóstico en HGGO medio global del 68% y una tasa de complicaciones menor al 1%. Finalmente mencionó que los problemas a resolver del procedimiento son: Definir el rendimiento diagnóstico así como su sensibilidad, determinar la profundidad que se debe explorar, con y sin patología y se plantea la pregunta sobre si un estudio negativo puede ser 100% confiable o puede ser diagnóstico, basado en que la mayoría de los reportes son de series de casos, existe el sesgo de selección y los resultados reales son escasos.

El primer trabajo a comentar es el presentado por Balma-drid², en el cual analiza retrospectivamente la cápsula endoscópica (CE) y el EDB en la evaluación de la HGGO. El objetivo primario fue determinar si los hallazgos de la CE son predictivos para la EDB y si es útil la EDB en los pacientes con CE negativa, se incluyeron únicamente pacientes

Autor de correspondencia: Nicolás San Juan 702-207. Col. Del Valle. Deleg. Benito Juárez. C.P. 03100, México D.F. Teléfono: (01) 5627 6900 ext. 21317. Fax: (01) 5574 0535. Correo electrónico: blancasoropeza@prodigy.net.mx (J. M. Blancas-Valencia)

con HGOO y en total se analizaron 148 pacientes con edad promedio de 65 años. Con la CE se encontraron causas potenciales de hemorragia en el 61.1% y con la EDB en 51.4%, cuando se realizó la enteroscopia complementaria se elevó al 55.6%, en 58 pacientes que tuvieron una CE normal, la EDB encontró alteraciones en 29.3%. La correlación entre ambos métodos fue de 41.5%, se realizó terapia en el 23.7%, concluyéndose que los hallazgos de la CE son predictivos para hallazgos en la EDB pero la correlación es más baja de lo esperado y que una cápsula negativa no excluye hallazgos positivos y tratables para la EDB. Sethi³ presentó un meta-análisis sobre la eficacia y seguridad de los métodos de enteroscopia profunda y comparó la EMB vs. la EDB, la metodología utilizada fue la adecuada e incluyeron 3 ensayos clínicos controlados con un total de 268 pacientes, y las conclusiones fueron que la EDB fue superior cuando se evaluaron los porcentajes de enteroscopia total y la factibilidad para aplicar tratamientos y fue similar a la posibilidad de establecer diagnósticos y al porcentaje de complicaciones. Leung⁴ presentó su experiencia para determinar las tasas de resangrado y los factores asociados para el mismo mediante análisis uni y multivariado después de la primera EP, en pacientes con HGOO, basándose en una revisión retrospectiva de 59 pacientes (20 con hemorragia evidente y 39 oculto) de los cuales 26 procedimientos se realizaron con EMB, 28 con EDB y 5 con EE, el seguimiento promedio fue 44 meses, rango de uno a 82 meses, la etiología más común encontrada fue MAV en el 37.2%, tumores del intestino delgado en 15.3% y úlceras en 13.6%, se presentaron 32 pacientes con resangrado (54.2%) durante el seguimiento y el tiempo promedio para el mismo fue de 5 meses, la mayor tasa de resangrado se observó en las MAV (86.4% vs. 35.1% en los otros diagnósticos) y los factores asociados fueron el uso de anticoagulantes orales y la presencia de enfermedades asociadas (cirrosis, insuficiencia renal y enfermedades cardíacas). Matsumura⁵ presenta la utilidad clínica de la enteroscopia con balón (EB) realizada después de una CE negativa en pacientes con HGOO, se incluyeron 260 pacientes, de los cuales 203 fueron HGOO evidente y 57 variedad oculta. El objetivo del estudio fue resangrado. El diagnóstico global de la cápsula fue de 40.7% y no se logró establecer la causa de la hemorragia en 154, de este grupo se realizó EB en 52 pacientes de los cuales se detectaron erosiones en 7 y se realizó tratamiento en 2. El resangrado después de una cápsula negativa en pacientes con enteroscopia y sin enteroscopia fue de 15.3% y 4.9%, por lo que se concluye que realizar la EB en los pacientes con HGOO y CE negativa no cambia las tasas de resangrado. Deconda⁶ presentó su experiencia en la evaluación de los pacientes con dolor abdominal crónico posterior a *bypass* gástrico y la utilización del EE, el estudio es retrospectivo e incluyó a 17 pacientes a los cuales se les realizó el procedimiento en promedio 4 años después de la cirugía, en todos los casos se tenían estudios previos y con la EE se alcanzó la anastomosis en 16 casos (94%), el estómago excluido no se logró visualizar en 2 pacientes y se encontraron hallazgos en 13 de los pacientes (76%), por lo que se concluye que el procedimiento es útil en la evaluación de estos pacientes. Zouhairi⁷ reportó su experiencia con el EE para la realización de colangiopancreatografía endoscópica

en pacientes con anatomía alterada por cirugía, fue una revisión retrospectiva que incluyó 42 pacientes en los cuales se logró la visualización del ámpula de Váter en 32 y la canulación en 26 con éxito terapéutico en 24, en cuanto a las complicaciones 10 pacientes tuvieron que ser hospitalizados y 3 de estos presentaron pancreatitis aguda, con un promedio de 3 días de estancia hospitalaria, por lo que se concluye que la EE se debe intentar antes de enviar al paciente a cirugía. Liverant⁸ presentó un trabajo interesante que trata sobre quién debe realizar los procedimientos de enteroscopia de monobalón, el objetivo de su estudio fue evaluar los resultados en un nuevo programa de EMB en un centro de referencia, para lo que analizó los resultados de los procedimientos realizados por 2 endoscopistas expertos sin preparación durante su entrenamiento en EMB y que tenían 5 años de egresados de un programa de endoscopia gastrointestinal avanzada, en total encontró 47 pacientes, a los cuales se les realizaron 47 EMB y la indicación más común fue anemia y HGOO obteniendo un porcentaje diagnóstico del 60%. De los sujetos con CE positiva, la EMB encontró lesiones en 14 de 21, en los pacientes con otros estudios diagnósticos positivos se estableció el diagnóstico en 10 de 13, con los datos anteriores se concluye que se puede tener una tasa alta de éxito diagnóstico con baja frecuencia de complicaciones, además de que parece ser que no es necesario un entrenamiento formal en el procedimiento. Sharzei⁹ presentó su revisión sobre la vigilancia en EP evaluando tanto a los directores de los programas de enseñanza como a los programas de entrenamiento y concluyó que en la mayoría de los programas se realiza alguno de los métodos de EP, pero que son pocos los médicos que la realizan y que no hay un consenso sobre quién debe ser entrenado en EP así como tampoco hay programas suficientes en la Unión Americana. Lara¹⁰ nos presentó un trabajo en donde analizó el efecto de la obesidad en las indicaciones y resultados de la EP, se utilizaron los 3 métodos de enteroscopia disponibles, se hizo una revisión de los expedientes y se analizaron los pacientes con sobrepeso y obesidad para determinar cómo se afectan las indicaciones, realización y complicaciones de la EP, se encontraron 442 pacientes en los cuales las indicaciones más comunes fueron: 1) HGOO (136); 2) anemia (121); 3) dolor abdominal (76) y 4) CE anormal (22), se encontraron 246 hallazgos en 218 pacientes y no se reportaron hallazgos en 222 y en 2 no se encontró el reporte, el hallazgo más común fue MAV (34), estenosis (29), anormalidades de la mucosa (29) y úlceras (25), se realizaron 189 intervenciones, de las cuales las más comunes fueron la toma de biopsias y la aplicación de argón plasma, se registraron 22 complicaciones y concluyeron que el índice de masa corporal no afecta los resultados de la EP.

Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

1. Ross AS. Obscure GIB - capsule and balloon enteroscopy: hide and go seek. ASGE Annual postgraduate course, 2013.
2. Balmadrid B, Seven G, Kozarek R, et al. Video capsule endoscopy and double balloon enteroscopy in the evaluation of obscure gastrointestinal bleeding. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Sa1640.
3. Sethi S, Pleskow D, Chuttani R, et al. A meta-analysis on efficacy and safety: single-balloon vs. double-balloon enteroscopy. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Sa1638.
4. Leung W, Liu K, Lam Y, et al. Long term rebleeding in patients with obscure gastrointestinal bleeding after first deep enteroscopy. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Sa1187.
5. Matsumura T, Arai M, Maruoka D, et al. Clinical utility of balloon enteroscopy subsequent to negative capsule endoscopy for obscure gastrointestinal bleeding. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. AB22.
6. Deconda D, Akerman PA. Use of spiral enteroscopy for evaluation of chronic abdominal pain in patients after gastric bypass surgery. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Sa1189.
7. El Zouhairi M, Desai S, Swartz D, et al. Rotational assisted endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with surgically altered anatomy: 3-year single tertiary care center experience. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Mo1449.
8. Liverant M, Gonzalez S, DiMaio C. High rates of diagnostic and therapeutic success with single balloon enteroscopy can be achieved with no formal training: outcomes in a newly developed single balloon enteroscopy program. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Tu1402.
9. Sharzei K, Haluszka O, Tokar J. Survey of US program directors regarding performance and training in device-assisted enteroscopy. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Tu1416.
10. Lara L, Ukleja A, Charles R. The effect of BMI on indications, findings, interventions, and complications of overtube assisted enteroscopy. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2013 Mayo 18-21; Orlando, FL. Sa1654.